

Uppgifter om gruppföreträdaren

Arbetsgivarens namn/Föreningens namn		Gruppvavtalsnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post		Telefonnummer

Anmälan avser

☐ Gruppmedlem ☐ Medförsäkrad (obligatoriska uppgifter)

Gruppmedlemmens förnamn och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post		Telefonnummer
Civilstånd ☐ Ensamstående ☐ Gift/sambo/registrerad partner		Sedan när (ååmmdd)
Medförsäkrads förenamn och efternamn (fylls endast i om anmälan avser medförsäkrad)		Personnummer
Har den sökandes barn under 17 år ☐ Ja ☐ Nej		Om "Ja", ange personnummer

Uppgifter om arbetsoförmåga

☐ Sjukdom ☐ Olycksfall

Arbetsoförmåga (sjukskriven) till minst 50 % sedan (ååmmdd)	Sjukdomens/diagnosens namn eller olycksfallets art?	
När märktes de första symtomen (ååmmdd)?	När anlätades läkare första gången (ååmmdd)?	
Ange läkarens/sjukhusets/vårdcentralens/clinicens namn och ort		
Typ av beviljad ersättning		
☐ Tidsbegränsad sjukersättning har beviljats	Från	Till
☐ Aktivitetsersättning har beviljats	Från	Till
☐ Sjukersättning har beviljats	Från	Till
Sjukperiod innan du blev beviljad tidsbegränsad-, aktivitets-, eller sjukersättning?	Från	Till
Har du anlätat sjukvårdspersonal t ex naprapat, kiropraktor, fysioterapeut, psykolog eller psykoterapeut? ☐ Ja ☐ Nej		
Om "Ja", ange namn, ort och telefonnummer		

Finns fler liknande försäkringar

Finns försäkring i annat bolag? ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja", ange vilket bolag och försäkringsnummer?
Har skadan anmälts dit? ☐ Ja ☐ Nej	

Viktig information

Följande måste bifogas till ansökan:

- Datautskrift från Försäkringskassan som visar all din sjukhistorik, beställ en 036-bild från Försäkringskassan
- Kopia av samtliga beslut om tidsbegränsad sjukersättning, aktivitetsersättning eller sjukersättning som du har fått från Försäkringskassan
- Sjukintyg/beslut från Försäkringskassan
- Kopia av den föredragningspromemoria som ligger till grund för Försäkringskassans beslut

Övriga upplysningar

Underskrift av försäkrad

- Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga
- Jag medger att de uppgifter som lämnats om mitt hälsotillstånd, personuppgifter samt riskbedömning- och skaderegleringsresultat får registreras i bolagets dataregister.

Ort och datum	Personnummer
Underskrift	Namnförtydligande

De uppgifter som du lämnar till försäkringsgivaren kommer att behandlas och arkiveras av försäkringsgivarens samt dess återförsäkrare i enlighet med Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter (GDPR). Detta för fullgörande av ingångna avtal eller skyldigheter som föreligger enligt lag eller andra författningar. Uppgifterna kan även komma att användas för marknadsanalyser, statistik och för att utvärdera tjänster och produkter. Vidare kan uppgifterna komma att användas för att informera om försäkringsgivarens tjänster och produkter.

Personuppgifter kan för angivna ändamål komma att utlämnas till andra bolag som försäkringsgivaren samarbetar med såväl inom som utom EU- och EES-området. I de fall vi behöver lämna ut uppgifterna utanför EU/EES, d.v.s. i ett s.k. tredjeland, skyddas dina personuppgifter enligt de krav som gäller enligt dataskyddsförordningen, exempelvis genom användande av EU-kommissionens standardavtalsklausuler.

All behandling av personuppgifter kommer att ske med stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Personuppgifter kommer därför endast vara tillgängliga för personer som behöver ha tillgång till uppgifterna för att utföra sitt arbete. Uppgifterna kommer vidare endast att göras tillgängliga i den utsträckning som behövs för ovanstående ändamål. Läs mer på: www.writteninsurance.se/integritetspolicy

Blanketten skickas till:
Sedgwick Sweden AB
Box 1141
171 22 Solna